

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

N°.....

THÈSE

453

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PAR

Paule SÉGUIN

Née le 28 Décembre 1905 à Bourges (Cher)

Les Kystes

de la

Cloison Recto-Vaginale

Président : M. Jean-Louis FAURE, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA

43 Rue Madame 43

PARIS

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paule SÉGUIN

Née le 28 Décembre 1905 à Bourges (Cher)

Les Kystes
de la
Cloison Recto-Vaginale

Président : M. Jean-Louis FAURE, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA
43 Rue Madame 43
PARIS
1932



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	Maurice VILLARET
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.

	BEZANÇON.
Clinique médicale	ACHARD.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELbet.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. .	Neurologie et Psychiatrie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . .	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. .	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER. . .	Pathologie chirurgicale.
GIDoud	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE . .	Anatomie.
HUTINEL. . . .	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN. . . .	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI . .	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET. .	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PIÉDELIEVRE . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

MM.

RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.
LEROUX.	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	CHEVASSU	} Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRAY		HEITZ-BOYER..	
DEBRÉ.		MATHIEU.	
DUVOIR		MOCQUOT	
		PROUST	
		SCHWARTZ	
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER....	} Clinique obstétricale.
		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Au Docteur PEYRUSSE,

mon grand-père

In memoriam.

A MES PARENTS

A MON PRESIDENT DE THESE :

M. le Professeur JEAN-LOUIS FAURE,

Professeur de Clinique gynécologique,

Chirurgien de l'Hôpital Broca,

*Qui a bien voulu accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*Avec l'expression de ma respec-
tueuse gratitude.*

A M. le Docteur SOUPAULT,
Chirurgien des Hôpitaux,

*Qui, après m'avoir guidée au cours
de mes études médicales, a bien voulu
me suggérer le sujet de ma thèse et
m'aider de ses conseils.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

M. le Professeur SERGENT,

Professeur de Clinique propédeutique,
Médecin de la Charité,
Membre de l'Académie de Médecine.

M. le Professeur GOSSET,

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de la Salpêtrière,
Membre de l'Académie de Médecine.

M. le Docteur JOUSSET,

Professeur agrégé de la Faculté,
Médecin de l'Hôpital Laënnec.

M. le Professeur SCHWARTZ,

Professeur agrégé de la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital Necker.

M. le Docteur HALLE,

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

M. le Docteur MONTHUS,
Ophtalmologiste de l'Hôpital Necker.

M. le Docteur RAMOND,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

M. le Docteur RIBADEAU-DUMAS,
Médecin de la Salpêtrière.

M. le Professeur OMBREDANNE,
Professeur de Clinique chirurgicale infantile
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades.

A. M. le Docteur R. MATHIEU,
Assistant à la Salpêtrière.

A. M. le Docteur ARMINGEAT,
Assistant à l'Hôpital des Enfants Malades.

INTRODUCTION

Les kystes du vagin, bien que relativement rares, ont cependant été l'occasion de nombreux travaux. Tous les ouvrages de chirurgie en font mention. Des articles sont publiés assez fréquemment à leur sujet. Mais, dans ces études d'ensemble de la question, on a surtout insisté sur les kystes des parois antérieure et latérale. L'étude des kystes de la cloison postérieure (recto-vaginale) a été à peine abordée. Cependant, comme nous le verrons plus loin, ils sont, dans certains cas tout au moins, bien différents des autres kystes et méritent une étude spéciale. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant d'en faire le sujet de ce travail. Après un chapitre historique, nous insisterons sur la pathogénie, qui fait tout l'intérêt de la question et semble bien propre à certains kystes de la cloison.

Enfin, nous terminerons par de courts chapitres, traitant de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie et du traitement de ces formations.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les kystes de la cloison recto-vaginale ont été isolés assez tard. Aussi, dans cet historique, devons-nous résumer les principaux travaux se rapportant à l'ensemble des kystes du vagin en signalant ceux qui paraissent se rattacher aux kystes de la cloison recto-vaginale.

La première observation serait due à Cooper, le célèbre chirurgien anglais.

En 1831, Okley Henning publie les deux premiers cas de cette affection. Ils n'étaient révélés par aucun signe clinique et furent de simples trouvailles d'autopsie.

Peu après Henning, Lisfranc étudie soigneusement les symptômes et établit un traitement chirurgical des kystes du vagin.

Dans l'observation qu'il publie dans la *Gazette Médicale de Paris* en 1839 et que nous reproduisons textuellement, il s'agit d'un kyste de la cloison recto-vaginale.

Observation 1

Catherine D., âgée de 30 ans. Règles parues à 16 ans ont été régulières. Mariée à 24 ans. Deux grossesses, la deuxième remontant à quatre ans.

Quatre mois avant son entrée à l'hôpital elle s'est

aperçue, pour la première fois, d'une petite tumeur naissant à droite de la paroi recto-vaginale, à un grand pouce au-dessus de la vulve. Cette tumeur s'est accrue graduellement jusqu'à présenter le volume d'un gros œuf de poule, qu'elle offrait à son entrée à l'hôpital.

Jamais, du reste, elle n'a été véritablement douloureuse, seulement la malade ressentait des cuissons assez vives après avoir marché, cuissons que détermine le frottement auquel cette tumeur était soumise par sa position.

Examinée, cette tumeur se présentait en presque totalité à l'entrée du vagin dans lequel on la faisait rentrer avec facilité. Sa forme était oyoïde, sa grosse extrémité libre et venant se terminer un peu en arrière et en haut par une sorte de pédicule naissant à la partie latérale droite et un peu postérieure de la cloison recto-vaginale. De légères tractions attiraient cette tumeur en dehors et augmentaient beaucoup la longueur de ce pédicule qui paraissait alors assez mince.

Tout le reste de la tumeur était libre, à surface blanchâtre et parfaitement lisse. La pression ne diminuait en rien son volume et faisait percevoir de la fluctuation, 2 petits kystes transparents, chacun de la grosseur d'un pois et accolés l'un à l'autre se voyaient en outre dans l'épaisseur du repli muqueux, immédiatement au-dessous du méat urinaire. Rien de particulier dans le reste du vagin.

Avant de se décider à attaquer la tumeur principale, il était important de bien s'assurer de sa nature. On ne pouvait pas la prendre pour un renversement du vagin, attendu qu'elle ne tenait à cet organe que par un point très limité et que la compression ne diminuait en rien son volume. L'absence de toute impulsion par les efforts de la toux, l'exploration par le rectum rassurait sur la crainte de quelque hernie. La pression ne la diminuait pas et il existait de la fluctuation. Ce ne pouvait donc être qu'une tumeur enkystée contenant un liquide dans son intérieur. On aurait pu croire *a priori* que pour l'enlever il suffisait d'un seul coup de ciseaux pour faire la section du pédicule, devenu peu volumineux par la plus légère traction. Mais pour agir avec prudence, M. Lisfranc voulut s'assurer de la disposition de la cloison recto-vaginale. Le doigt introduit dans le rectum

pénétra, comme l'avait prévu ce chirurgien, dans une espèce de doigt de gant jusqu'au corps de la tumeur dans l'intérieur de ce prétendu pédicule qui n'était autre chose que la cloison recto-vaginale cédant aux tractions opérées sur le kyste, de telle sorte que la tumeur n'était qu'appliquée latéralement au vagin sans pédicule aucun. La section de ce faux pédicule aurait donc fait éprouver à la cloison une perte de substance d'autant plus grande qu'on se serait éloigné davantage du kyste et aurait donné lieu à une fistule dont on sait les inconvénients.

M. Lisfranc, attirant la tumeur en dehors, se décida alors à l'ouvrir par une incision longitudinale enlevant ensuite à l'aide de forts ciseaux toutes les parois du kyste sans toucher toutefois à la portion adhérente de la cloison. Un aide ayant, par le rectum, introduit le doigt indicateur dans l'intérieur du prétendu pédicule, servait à marquer le point où cessait la tumeur et où devait, par conséquent, se former la ponction.

L'ouverture donna issue à une matière demi liquide, jaunâtre, très visqueuse, tellement que cette substance saisie par un point, le reste s'est allongé sans se rompre en forme de cordon. Nulle trace d'organisation ne se remarquait.

La paroi du kyste, assez mince vers l'extrémité libre, offrait plus de trois lignes d'épaisseur vers le point adhérent. Elle était dure et fibreuse, recouverte en dehors par la muqueuse vaginale, épaisse et blanchâtre dans toute la partie qui était exposée hors du vagin. Son intérieur était lisse et parcouru par un grand nombre de ramifications vasculaires.

Deux autres petits kystes furent enlevés en totalité, chacun par un seul coup de ciseaux. Leur nature était en tout analogue au précédent. Bonne suite opératoire.

En 1835, Sanson signale un kyste de la partie antéro-inférieure du vagin dans la *Gazette Médicale de Paris*.

En 1842, Otto, dans le *Meissner Frauen* (Kraemkeiten, Leipzig), publie un cas de kyste du vagin.

En 1847, Huguier publie un mémoire sur les kystes du vagin (*Mémoires de la Société de Chirurgie*). C'est

le premier travail d'ensemble sur la question. Dans cet ouvrage, il soutient l'origine glandulaire des kystes du vagin. Il admet qu'il existe deux espèces de glandes : les unes à conduit excréteur, situées à l'orifice vulvaire; les autres sans conduit excréteur, véritables follicules clos, occupant la muqueuse du conduit vaginal. Ce serait à leurs dépens que se formeraient les kystes du vagin. Il publie 94 cas, parmi lesquels 13 kystes de la paroi postérieure et 81 kystes de la paroi antérieure.

Kiwisch, en 1852, dans la *Klinisch Vorträge*, signale chez des cadavres de filles publiques la présence de nombreux kystes du vagin (cinq chez la même femme). Il croit que leur profession est pour quelque chose dans la production de ces tumeurs.

Rokitansky mentionne, dans son « Traité d'Anatomie pathologique », un kyste vaginal.

Cruveilhier, dans son « Traité d'Anatomie pathologique », passe de façon rapide sur les kystes du vagin.

Paget en publie un cas.

En 1858, Ladeit de la Charrière fait paraître dans les *Archives de Médecine* un important article sur les kystes du vagin. Il les divise en kystes inférieurs, d'origine folliculaire, et en kystes profonds, qui seraient, soit d'origine traumatique, soit de véritables bourses séreuses, hygromas.

Il admet que, le plus souvent, les kystes sont antérieurs, huit fois sur treize, et situés à la partie supérieure du vagin. Arrivés à un certain degré de développement, ces kystes peuvent se pédiculer.

En 1857, Nelaton opère un kyste du vagin dont l'observation est rapportée dans le *Moniteur des Hôpitaux*. Il s'agit d'une tumeur de la paroi antérieure du vagin.

En 1871, paraît le Mémoire de Winkel dans les *Archives de Gynécologie de Crédé*. Il présente le premier une vue synthétique de la question. Il passe en revue et l'histoire et la pathogénie, et donne en outre un tableau complet quant au siège, au volume et à la structure. Sur cinquante observations, il constate l'égale fréquence des kystes de la paroi antérieure et de la paroi postérieure. Enfin, il établit le premier la division en kystes embryonnaires et en kystes accidentels.

En 1887, paraît une monographie de Wooduff dans l'*American Journal of Obstetric and Gynecology*.

En 1889, la *Revue de Chirurgie* publie le célèbre Mémoire de Poupinel, devenu classique. L'auteur groupe dans ce travail les 141 cas qu'il a pu rassembler. Mais malheureusement, dans les anciennes observations, l'examen histologique fait défaut.

Il distingue les kystes vulvaires, les kystes de l'hymen et les kystes vaginaux.

Pour les kystes de la paroi antérieure du vagin, il insiste sur la nécessité de différencier des kystes vaginaux les cystocèles vaginales.

Pour les kystes de la paroi postérieure, il admet que, la cloison recto-vaginale contenant dans son épaisseur du tissu cellulaire assez lâche, il peut s'y développer une bourse séreuse accidentelle, un hygroma de la cloison recto-vaginale. Les rapports des culs-de-sac du vagin avec le péritoine et les ligaments larges expliquent la nécessité de faire le diagnostic

des kystes du vagin et des tumeurs de diverse nature développées au pourtour de l'utérus et du vagin.

Poupinel admet, dans la majorité des cas, l'origine glandulaire des kystes du vagin, bien que la présence de glandes dans le vagin constitue l'un des points les plus discutés dans l'anatomie de l'organe. Il considère que leur présence est aussi exceptionnelle que celle des kystes du vagin.

Il admet également dans quelques rares cas l'origine embryogénique des kystes du vagin aux dépens, soit des canaux de Müller (un des canaux se développant seul, pour former le vagin, alors que l'autre donne naissance à un kyste), soit des canaux de Wolff, persistant sous forme de canal de Gartner, et pouvant évoluer sous forme de kyste.

L'origine des kystes aux dépens de bourses séreuses accidentelles lui semble possible, bien qu'il n'ait pas de preuves à l'appui, comme pour les origines précédentes.

L'étude de 126 cas amène Poupinel à une conclusion différente de celle de Winkel quant au siège des kystes. Il admet d'ailleurs que cette situation des kystes n'a d'importance que dans les cas susceptibles d'être rattachés à la persistance du canal de Wolff ou de Müller. Le siège antérieur étant indispensable pour les kystes wolffiens et ne l'étant pas pour ceux qui doivent leur existence à la bifidité permanente des canaux de Müller.

Il relève 53 kystes postérieurs, contre 49 inférieurs, soit 41 % des cas. En outre, alors que les kystes antérieurs sont implantés le plus souvent sur le tiers inférieur du vagin, les kystes postérieurs le sont surtout au niveau du tiers moyen et supérieur.

En 1889, la thèse de Santoni sur les kystes du vagin étudie surtout l'histoire de la question.

En 1894, thèse de Mlle Zeligson rapportant une observation de kyste de la cloison recto-vaginale que nous publierons plus loin.

En 1899, paraît une thèse de Robert. Le premier il isole les kystes de la paroi postérieure; il fait sienne l'hypothèse de Freund, déjà admise par Poupinel, qui attribue une origine mullérienne aux kystes de la paroi postérieure du vagin et considère qu'au point de vue étiologique ces kystes sont tout différents de ceux observés sur les autres parois.

Dans sa thèse, nous avons retrouvé trois observations de kystes de la cloison que nous reproduirons également plus loin.

En 1902, le 1^{er} février, Marion, dans un article de la *Gazette des Hôpitaux*, classe les kystes en : 1^o kystes traumatiques et 2^o kystes spontanés, non parasitaires.

C'était en somme la division déjà donnée par Winkel, en kystes embryonnaires et en kystes accidentels.

En 1903, dans le *Bulletin de la Société d'Anatomie*, puis en 1904, dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, Fredet traite pour la première fois d'une hypothèse originale, au sujet de la pathogénie des kystes de la cloison recto-vaginale. Dans tous les travaux antérieurs, ces derniers, ou n'étaient pas distingués des autres kystes du vagin où étaient expliqués plus difficilement que les autres par les diverses théories énumérées plus haut. Fredet base son hypothèse sur les travaux de Zukerkandl, au sujet des

rapports du cul-de-sac de Douglas chez l'embryon, avec le cloaque uro-génital. Il étudie donc l'origine péritonéale des kystes de la cloison recto-vaginale, qui ne les explique peut-être pas tous, mais en individualise nettement un certain nombre.

Depuis lors, un certain nombre de travaux et de thèses font mention de cette origine péritonéale. D'autres ne la citent pas. Seul, en France, le « Traité chirurgical de Gynécologie » de Labadie-Lagrave et Legueu admet l'origine péritonéale émise par Fredet.

En 1918, Hartmann, dans sa thèse sur les kystes du vagin, mentionne très rapidement l'origine péritonéale.

En 1925, Dussuel, dans la sienne, « Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de la cloison recto-vaginale », fait de même.

Il n'y a pas eu de travaux d'ensemble sur les kystes du vagin depuis lors. Seulement quelques articles que nous signalerons en cours de route.

*
**

Tel est le résumé de l'état actuel de la question des kystes de la cloison recto-vaginale. Une observation récente qui nous a été communiquée par M. le Dr Soupault nous paraît être l'occasion de revenir sur ce dernier point en nous ralliant tout à fait à la thèse pathogénique de Fredet que confirme, à la suite de celles que nous avons colligées dans la littérature, notre observation personnelle.

Nous étudierons dans le chapitre suivant les diverses théories émises pour expliquer l'origine des kystes.

CHAPITRE II

PATHOGENIE

Passant rapidement sur quelques théories qui n'ont qu'un intérêt historique, celles des bourses séreuses, de l'ectasie lymphatique, nous croyons utile de donner quelques détails sur les théories admises à l'heure actuelle.

§ 1. — Théorie glandulaire

La plus ancienne est la *théorie glandulaire*, soutenue par Huguier, comme nous l'avons vu plus haut. S'il n'y a pas de glandes normalement dans le vagin, certains auteurs, dont Fredet, admettent cependant la possibilité de glandes vaginales erratiques susceptibles de donner naissance à un kyste. On retrouve les glandes dans trois régions du vagin : en haut, dans la région des culs-de-sac latéraux; en avant, le long et de chaque côté de l'urètre; en bas, près de la vulve.

Les glandes supérieures sont considérées par Davidson et Meyer comme des glandes du col utérin aberrantes. Cependant, leur position latérale les font considérer par Fredet comme des diverticules pseudo-glandulaires du canal de Gartner.

Les glandes antérieures seraient formées aux dépens des glandes para-urétrales.

Les glandes de la partie inférieure périvulvaire représentent en réalité des glandes vulvo-vaginales aberrantes.

Cette théorie glandulaire était surtout en faveur avant que l'on connût le développement de l'appareil uro-génital.

§ 2. — Théorie traumatique.

Par contre, la théorie soutenant l'origine traumatique des kystes du vagin, que nous allons maintenant étudier, ne paraît pas discutable.

Un traumatisme opératoire en effet, tel que l'application d'un forceps, une colporraphie, peut fort bien être à l'origine d'un kyste vaginal. Un accouchement dystocique également par déchirure de la cloison recto-vaginale. Les divers traumatismes provoqueraient par blessure l'inclusion dans la paroi de débris épithéliaux susceptibles par la suite de donner naissance à un kyste. De plus, un résidu embryonnaire jusque-là latent peut, à l'occasion d'un traumatisme, évoluer et former un kyste.

A propos du développement d'un kyste à la suite d'un traumatisme, Hartmann cite dans sa thèse une observation de Lenormant. Celui-ci a opéré un kyste dermoïde développé sur un doigt à la suite d'une blessure par balle. Mais, indépendamment des traumatismes énumérés plus haut, et qui sont à l'origine des kystes vaginaux, il faut savoir qu'un accouchement normal peut, en dehors de toute inclusion épidermique, déterminer l'évolution kystique d'un résidu wolfien ou mullérien. On connaît en effet le rôle de la puerpéralité sur la prolifération des tissus. Un certain nombre de kystes sont apparus à l'occasion d'une grossesse; d'autres, déjà connus antérieurement, ont subi une augmentation considérable de

volume, qui s'est encore accrue lors de nouvelles grossesses.

Nous citerons à ce sujet l'opinion de Bérard dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (avril 1921) : « *Les kystes du vagin sont surtout fréquents lors de la période d'activité génitale de la femme. L'accouchement souvent noté dans les antécédents n'agit pas mécaniquement, mais bien du fait de la suractivité des tissus génitaux au cours de la gestation qui agit humoralement.* »

Dans le *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1925, Paul Delmas et Roume publient l'observation d'un kyste du vagin qui, avant la grossesse, avait le volume d'une noix et, après l'accouchement, avait acquis celui d'un gros œuf. Ils concluent que « *le développement rapide est dû au traumatisme obstétrical qui, en irritant la muqueuse, a provoqué la suractivité des éléments épithéliaux* ».

Nous voyons donc que le rôle du traumatisme n'est pas négligeable dans la pathogénie des kystes du vagin, et dans les diverses observations que nous avons étudiées il s'agissait le plus souvent de kystes de la paroi postérieure, l'accouchement ayant provoqué des lésions de la cloison recto-vaginale. Cependant, l'origine traumatique ne peut expliquer tous les cas de kystes du vagin; d'autant que, nous l'avons vu plus haut, le traumatisme n'agit pas toujours en provoquant une inclusion, mais peut, sans lésions macroscopiques, déterminer l'évolution kystique d'un résidu embryonnaire jusqu'alors latent.

§ 3. — Théorie embryogénique

Le reliquat embryonnaire était considéré, jusqu'aux

travaux de Fredet, soit comme d'origine wolffienne, soit comme d'origine mullérienne. Nous étudierons tour à tour ces deux origines qui, si elles n'expliquent pas tous les kystes du vagin et en particulier de la cloison, restent cependant justes dans un certain nombre de cas.

Un *rappel embryologique* est ici nécessaire.

Chez l'embryon, le système uro-génital est représenté par le rein primordial du corps de Wolff. Il est constitué par un organe allongé se terminant en cul-de-sac et émettant latéralement douze à quinze tubes. Ces tubes débouchent dans un collecteur longitudinal : le canal de Wolff. Les canaux de Wolff droit et gauche pénètrent dans le bassin et se terminent dans le sinus uro-génital. Celui-ci correspond à la partie du pédicule de l'allantoïde, voisine du cloaque où débouchent l'appareil urinaire et génital.

Dans leur trajet, les canaux de Wolff ont des rapports intimes avec les canaux de Müller d'où dérivent trompes, utérus et vagin.

Les parties initiales des canaux de Müller qui formeront les trompes sont très écartées l'une de l'autre; elles sont parallèles aux canaux de Wolff et en dehors d'eux par rapport à la ligne médiane. Dans leur partie terminale, au contraire, les canaux de Müller se fusionnent de façon à former l'utérus et le vagin. Les canaux vont se croiser : le canal de Müller devient vertical et passe en avant du canal de Wolff. Le lieu de croisement répond au futur *ostium uterinum* de la trompe. Plus bas, les quatre canaux se juxtaposent dans un plan frontal et descendent ensemble pour se terminer au sinus uro-génital, le canal de Müller

étant en dedans du canal de Wolff. Ce rappel embryologique va nous permettre maintenant de comprendre la formation des kystes aux dépens de portions persistantes du canal de Wolff.

A. — ORIGINE WOLFIENNE

La portion inférieure des deux canaux de Müller, qui formera plus tard le canal utéro-vaginal, est flanquée de chaque côté par les canaux de Wolff. La persistance chez l'adulte d'un segment des canaux de Wolff en un point du trajet juxta-vaginal peut expliquer quelques kystes, mais non pas tous les kystes, car les canaux de Wolff ont une situation bien déterminée. Les canaux peuvent persister en totalité. Ils sont appelés canaux de Gartner. Mais chez la femme, il ne subsiste d'ordinaire que le segment juxta-utérin, sous forme d'un conduit tapissé de cellules cylindriques. Le conduit est latéral, situé dans le ligament large pour la plupart des auteurs; inclus dans le bord même de l'utérus pour Fredet. Il se termine dans le col en formant des diverticules de type glandulaire. Cependant, dans quelques cas, le canal de Malpighi Gartner peut persister dans la portion juxta-vaginale.

Pour Negel, les canaux de Wolff siégeant dans les parois latérales du vagin ne pourraient descendre au-dessous des culs-de-sac vaginaux. Mais Klein a montré, chez la femme, sur des coupes en séries, que les canaux de Wolff pouvaient descendre jusqu'au bord libre de l'hymen.

Ainsi, il peut y avoir des kystes dérivant du canal de Wolff sur toute la hauteur du vagin, du col à la vulve. Néanmoins, les débris wolffiens sont rares dans la partie inférieure du vagin et surtout au niveau de

la vulve. Signalons que les canaux de Wolff persistent plus souvent à droite qu'à gauche, d'où la plus grande fréquence des kystes droits. Enfin, si nous cherchons à situer au niveau des parois vaginales les kystes wolffiens, nous voyons que les canaux de Wolff sont latéraux à la partie supérieure du vagin; antérieurs à la partie moyenne et de nouveau latéraux à la partie inférieure — de sorte que un kyste de la paroi postérieure ne peut être attribué à un résidu wolffien. C'est d'ailleurs la conclusion de Fredet, qui déclare que *« les kystes nés des canaux de Wolff n'ont qu'un caractère essentiel : leur rapport avec la circonférence vaginale. Ce sont des kystes latéraux développés le plus souvent dans le tiers supérieur du vagin et du côté droit »*.

Les kystes wolffiens ont un épithélium de revêtement constitué par une ou deux couches de grandes cellules cylindriques. Or, dans quelques observations de kystes de la cloison recto-vaginale, nous avons vu que l'examen histologique révélait la présence d'un tel revêtement. Il pourrait alors s'agir de kystes nés directement des canalicules du rein primitif dont la structure rappelle celle du canal de Wolff, mais dont la position est différente de celui-ci. Ils sont en effet situés en arrière et, à la partie inférieure de leur trajet, en contact avec la face postérieure des canaux de Müller.

B. — ORIGINE MULLÉRIENNE

A la suite de la théorie précédente développant l'origine wolffienne des kystes du vagin, nous étudierons la théorie qui voudrait expliquer certains kystes du vagin par l'absence partielle de soudure des deux

canaux de Müller, l'isolement d'une portion et sa transformation kystique. Or, une pareille anomalie doit coexister avec une malformation des organes génitaux dans la partie née d'un seul canal de Müller. Cette explication n'est valable que dans un nombre de cas très restreints. C'est la théorie de Freund citée par Poupinel et développée par Robert dans sa thèse. Nous rapportons plus loin une Observation qui semble probante à ce sujet.

Par contre, si cette hypothèse n'est pas acceptable lorsque les organes génitaux sont normaux, on peut cependant, grâce aux données embryologiques, concevoir des kystes nés d'une aberrance d'évolution des canaux de Müller. Les travaux de Tourneux et Legay nous permettent de comprendre la formation de l'utérus et du vagin. Les deux canaux de Müller accolés sur la ligne médiane vont se fusionner en un canal unique : c'est le canal de Leuckart. La partie interne est tapissée d'un épithélium prismatique, tandis que la partie vaginale l'est d'un épithélium pavimenteux. Il existe une zone de transition entre les deux types d'épithélium. L'épithélium pavimenteux prolifère comblant la lumière du canal. Pendant la moitié de la vie intra-utérine, le cordon plein bourgeonne par sa périphérie et envoie dans les tissus avoisinants des prolongements épithéliaux capables de s'isoler et de rester inclus dans la paroi vaginale. C'est au niveau de la zone de transition, entre l'utérus et le vagin, que la prolifération est la plus active. Les futurs culs-de-sac vaginaux sont pleins. A leur niveau, l'activité de développement peut donner des bourgeons épithéliaux aberrants. Ceux-ci, dans la suite, pourront donner

un kyste siégeant au voisinage des culs-de-sac. « Ils pourraient même s'isoler du vagin, se loger entre lui et le rectum, par exemple. » (Fredet.)

Les kystes de cette origine auront un revêtement de type épithélial pavimenteux stratifié, sauf toutefois si la prolifération s'est faite au niveau de la zone de transition où elle semble particulièrement active. En ce cas, le revêtement sera à type cylindrique. Dans une observation de Petit-Dutaillis, paru dans *la Gynécologie*, en 1920, il s'agissait d'un kyste du cul-de-sac vaginal postérieur à revêtement mixte, cylindrique et pavimenteux, celui-ci prédominant, semblant donc né dans la zone de transition dont nous parlions plus haut.

L'origine mullérienne, nous le voyons, permet d'expliquer certains kystes de la paroi postérieure du vagin. Cependant, après l'étude des diverses théories embryogéniques que nous venons de résumer, il convient avec Fredet de conclure à la difficulté de préciser l'origine de certains kystes vaginaux, notamment des kystes postérieurs.

Il semble qu'il soit possible de les expliquer par l'origine péritonéale, dont nous allons parler maintenant.

C. — ORIGINE PÉRITONÉALE

En France, cette origine n'avait pas été étudiée. Cependant, de nombreuses recherches anatomiques, faites surtout en Allemagne, permettent de comprendre cette origine. Avant de rapporter ces travaux, un rappel embryologique sur le développement du cul-de-sac de Douglas est nécessaire.

Rappel embryologique

A un certain stade du développement, l'extrémité inférieure de l'intestin est un confluent, le cloaque dans lequel s'abouchent : en avant, l'allantoïde, sur les côtés, les canaux de Wolff et de Müller, comme nous l'avons vu plus haut. Le repli allantoïdien, qui sépare l'allantoïde de l'intestin, s'accroît de haut en bas. Son bord libre, appelé repli périnéal ou éperon périnéal, descend transversalement comme un rideau dans le cloaque qu'il divise en deux parties : l'une antérieure, allantoïdienne; l'autre postérieure, intestinale. Bien entendu, le diverticule péritonéal contenu dans le repli allantoïdien descend avec lui dans le cloaque et forme un cul-de-sac péritonéal qui sépare l'intestin de l'allantoïde divisant le cloaque en un segment uro-génital et un segment intestinal. Quand le cloisonnement est terminé, la portion intra-embryonnaire de l'allantoïde reçoit sur ses parois latérales les canaux de Wolff et de Müller. Les orifices d'abouchement de ces canaux permettent de distinguer à l'allantoïde intra-embryonnaire deux segments : l'un au-dessus de leur abouchement (c'est le conduit urétro-vésical); l'autre, au-dessous (c'est le conduit uro-génital. La vessie se développera aux dépens du premier conduit; les organes génitaux (trompes, utérus, vagin) aux dépens du deuxième conduit. L'utérus et les ligaments larges constituent une cloison transversale qui divise le cul-de-sac péritonéal formé par l'abaissement du repli allantoïdien en deux culs-de-sac secondaires : l'un antérieur ou vésico-utérin; l'autre, postérieur ou utéro-rectal; c'est le *cul-de-sac de Douglas*. Ces culs-de-sac, et sur-

tout le cul-de-sac vésico-utérin, disparaissent en partie par soudure de bas en haut des deux feuillets séreux en présence.

Ce développement du Douglas étant connu, nous allons résumer maintenant les travaux qui ont permis à Fredet d'établir l'origine possible des kystes de la cloison recto-vaginale aux dépens du cul-de-sac de Douglas.

En 1882, Kolliker signale la grande profondeur du cul-de-sac de Douglas chez l'embryon.

Breisky, dans la *Deutsch Chirurgie*, donne une coupe sagittale de l'embryon femelle de vingt-cinq millimètres (trois mois) qui montre un cul-de-sac de Douglas descendant jusqu'au niveau de l'abouchement du canal utéro-vaginal dans le sinus uro-génital, plus bas que les points où les canaux de Wolff et de Müller s'abouchent dans ce même cloaque.

Zukerkandl a reproduit cette figure comme caractéristique dans son *Mémoires sur les hernies du cul-de-sac de Douglas*. Il écrit que le Douglas embryonnaire descend jusqu'aux limites du bassin, c'est-à-dire jusqu'au muscle releveur de l'anus. Il descend plus bas latéralement que sur les parois postérieure et antérieure. Ce niveau s'élève assez rapidement avec l'âge. L'existence d'un cul-de-sac aussi bas situé est donc transitoire chez l'embryon, mais il est légitime de dire avec Zukerkandl que « le péritoine tapisse par conséquent la partie vaginale postérieure dans toute son étendue, pendant une courte période de la vie embryonnaire ».

Dieulafé, dans sa thèse sur le Releveur de l'anus, citant les travaux de Cunéo et Veau, eux-mêmes inspirés par Zukerkandl, démontre que les connexions

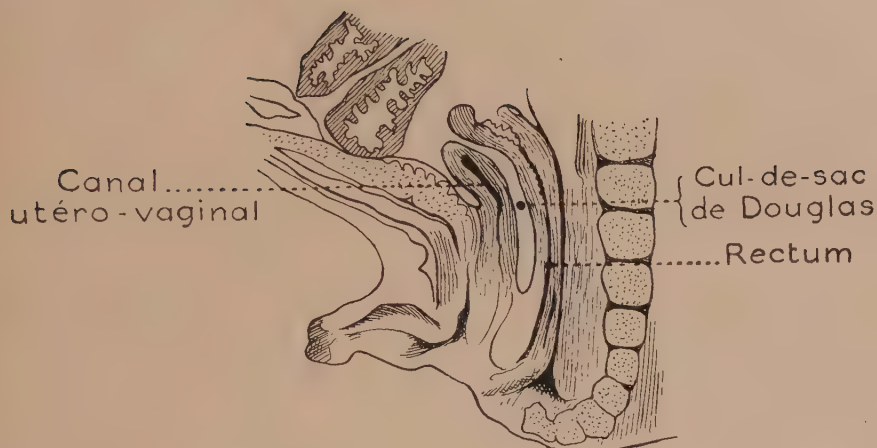


FIG. 1. — Cul-de-sac péritonéal de Douglas chez un embryon humain de trois mois. (D'après Breisky.)

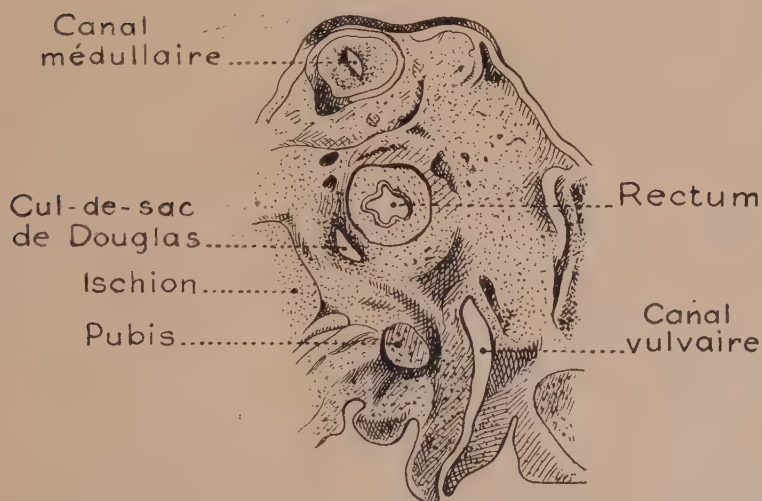


FIG. 2. — Coupe transversale passant par le canal vulvaire d'un embryon de trois mois, destinée à montrer la profondeur du cul-de-sac de Douglas.

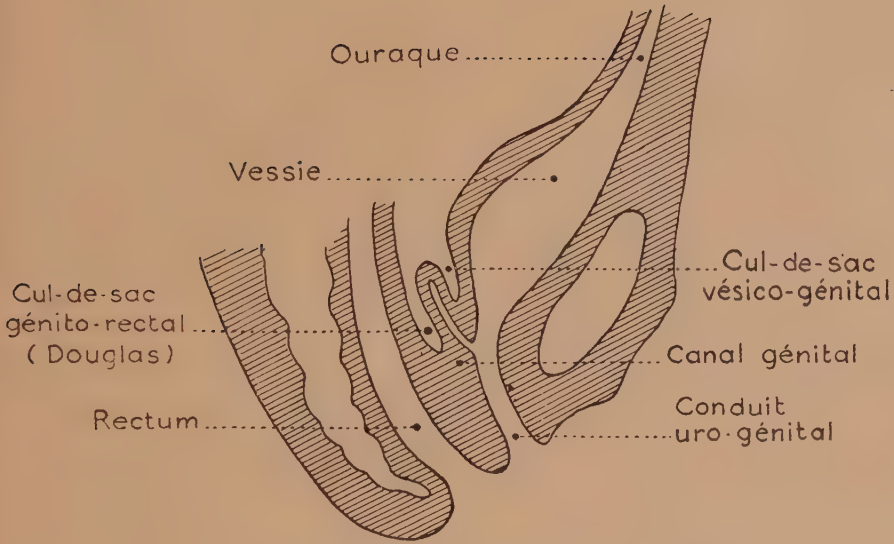
primitives de l'aponévrose prostatopéritonéale s'établissent avec le cul-de-sac de Douglas qui, chez l'embryon, descend jusqu'au plancher pelvien. C'est justement la partie inférieure de ce cul-de-sac qui, en s'oblitérant, va former cette aponévrose. Cette situation basse du cul-de-sac de Douglas explique les rapports que certains kystes de la cloison, comme nous le verrons dans quelques observations, contractent avec les fibres du releveur de l'anüs.

Pour Poirier, par contre, le Douglas ne descendrait pas aussi bas; il recouvrirait seulement le tiers supérieur du vagin. Il cite cependant l'opinion de Pirogoff et de Ziegenspeck, qui ont vu le péritoine descendre jusqu'à l'anüs.

D'ailleurs, le rôle du cul-de-sac de Douglas avait été déjà étudié dans la pathogénie d'autres affections, en particulier les hernies périnéales.

Chez l'adulte, le Douglas s'arrête normalement à deux ou trois centimètres de la prostate et se continue par une formation fibreuse, l'aponévrose prostatopéritonéale, résultat de l'accolement des feuillets séreux du cul-de-sac de Douglas embryonnaire.

« Quoi qu'il en soit, chez l'adulte, des anomalies persistent, témoins de la disposition primitive. Il est plus ou moins profond, plus ou moins resserré ou dévié; formant un véritable canal herniaire analogue au canal vaginopéritonéal (Patel, *Hernies*). » Cette malformation du cul-de-sac du Douglas permet de comprendre la formation d'une hernie périnéale, qui nécessite en outre, pour se produire, un affaiblissement du releveur. Des anses iléales descendent dans ce cul-de-sac et s'insinuent, chez l'homme, dans la cloison recto-vésicale.



• FIG. 3. — Coupe sagittale, demi-schématique du bassin, montrant le mode de formation des culs-de-sac vésico-génital et recto-génital.



FIG. 4. — Schéma montrant la disposition du cul-de-sac de Douglas normal, chez l'adulte.

Parmi les hernies périnéales, nous signalerons les hernies qui empruntent le trajet des deux conduits qui traversent le périnée : le vagin et le rectum. Elles sont dues à un développement anormal congénital ou acquis du Douglas. Dans les hernies vaginales ou élytrocèles, il existe un sac péritonéal pourvu d'un orifice plus ou moins étroit par lequel elles s'abouchent dans le Douglas qui refoule la paroi postérieure du vagin. Cette élytrocèle peut être totale ou partielle. Il s'agit là d'une disposition analogue à celle qu'a décrit Ziegenspeck chez l'embryon, et que nous avons mentionnée plus haut.

Nous reproduirons plus loin, à ce sujet, l'observation d'Hartmann (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1917) sur une hernie vaginale qu'il rapporte à un cul-de-sac de Douglas anormalement profond par suite de la non-coalescence de sa partie inférieure pendant la vie embryonnaire.

Les hernies rectales ou hédrocèles sont dues au même mécanisme que les hernies vaginales : profondeur anormale du Douglas associée à une faiblesse des parois.

Tel est donc le rôle du Douglas dans la pathogénie des hernies périnéales.

Or, le cul-de-sac embryonnaire de Douglas disparaît, comme plusieurs autres formations péritonéales, par soudure des surfaces au contact, suivant le mode élucidé par Toldt. C'est ainsi que disparaît le canal péritonéo-vaginal du fœtus. Celui-ci est un prolongement de la grande cavité péritonéale qui descend à travers le canal inguinal. Sa partie supérieure, funiculaire, est en rapport avec le cordon, sa partie inférieure avec le testicule. La portion funiculaire va

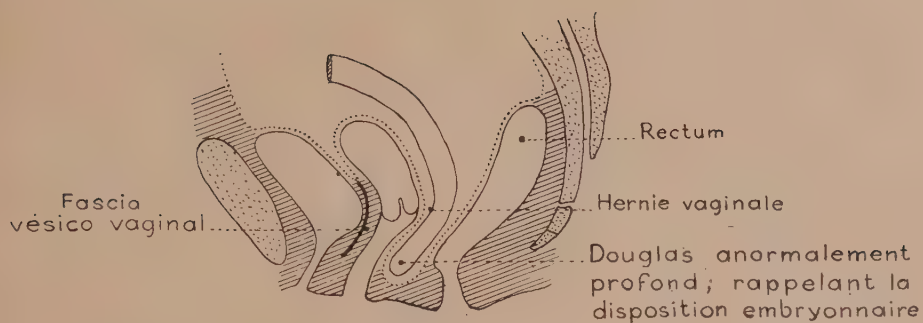


FIG. 5. — Schéma montrant la formation d'une hernie vaginale due à un prolongement du Douglas, rappelant la disposition embryonnaire.

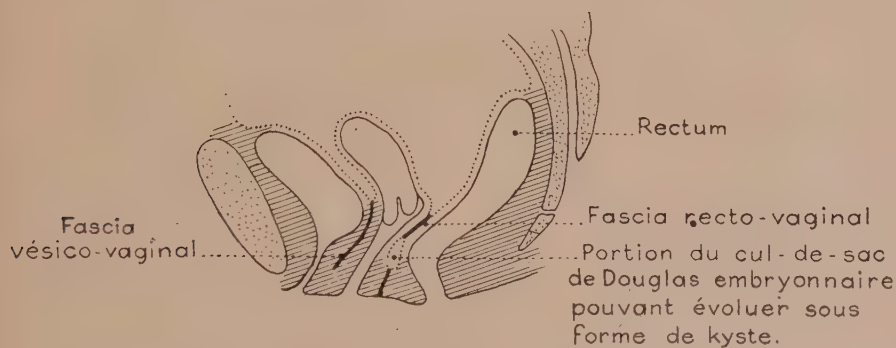


FIG. 6. — Schéma montrant la persistance dans la cloison recto-vaginale d'une portion non oblitérée du Douglas embryonnaire.

disparaître par oblitération, tandis que la portion testiculaire va s'élargir de façon à former la vaginale. Mais il peut arriver qu'une certaine étendue des surfaces juxtaposées échappe à l'accollement. Dans ces conditions, se trouvent séquestrées dans la profondeur des tissus de véritables cavités tapissées d'épithélium. Elles répondent, au point de vue topographique, à la situation primitive du cul-de-sac oblitéré en apparence. En effet, il peut arriver que l'oblitération de la partie funiculaire du canal soit incomplète; un segment restant ouvert soit en haut, vers la grande cavité péritonéale, soit en bas vers la vaginale, ou bien fermé à ses deux extrémités. Les cavités ainsi formées peuvent devenir kystiques. Tel est le mode de formation des kystes du cordon.

Chez la femme, le canal péritonéo-vaginal oblitéré existe sous le nom de canal de Nüek, accompagnant le ligament rond jusque dans le canal inguinal. Au lieu de disparaître dans son trajet inguinal, ce canal peut simplement s'oblitérer au niveau de l'orifice interne de ce trajet ou, au contraire, en quelque point différent. Cette oblitération incomplète se traduit par la présence de cavités tapissées d'épithélium et qui peuvent devenir kystiques comme chez l'homme, constituant l'hydrocèle de la femme. On a remarqué dans l'un et l'autre sexe la grande fréquence avec laquelle ces kystes sont en connexion avec un sac herniaire. Ceci n'est pas pour nous surprendre, car on connaît la nécessité d'un trajet préformé pour l'établissement d'une hernie. Ce trajet étant justement le canal vagino-péritonéal. En outre, on a observé des kystes du cordon ou du canal de Nüek succédant à une ancienne hernie péritonéo-va-

ginale. Le sac de cette hernie déshabité a pu s'em-
plir de sérosité. De ces faits, nous rapprocherons
l'observation de De Beule (*Presse médicale*, 1907)
ayant trait à un kyste antérieur du vagin développé
dans une cavité herniaire déshabitée et que nous
reproduisons plus loin.

Un processus analogue à celui de la formation des
kystes du canal vagino-péritonéal peut fort bien ex-
pliquer l'origine de certains kystes du vagin, déve-
loppés en réalité entre le vagin et le rectum, mais re-
poussant devant eux la paroi vaginale postérieure.

Zukerkandl a, le premier, supposé une telle origine
en se basant sur les considérations embryologiques
vues plus haut et en interprétant les faits que Ziegen-
speck avait rapportés sans en fournir d'explication.
Examinant sur 56 sujets les rapports du Douglas,
il constate, dans un tiers des cas, qu'« il existe au
fond du cul-de-sac de Douglas une ouverture con-
duisant dans les tissus sous-jacents. On y trouvait
dans quelques cas des sécrétions pathologiques ;
aussi pensai-je qu'il s'agissait de fistules provenant
d'abcès rompus. Mais j'ai fréquemment observé, par
la suite, une disposition identique dans des cas ab-
solument normaux. Je n'ai pu en trouver aucune
explication et me suis contenté d'enregistrer son exis-
tence (Ziegenspeck, *Archives für Gynekologia*, Ber-
lin, 1887) ».

Le fait signalé par Ziegenspeck est très suggestif.
Il s'agissait probablement, comme le pense Zuker-
kandl, d'un canal communiquant avec une portion non
oblitérée du cul-de-sac de Douglas primitif compa-
rable en quelque sorte à l'hydrocèle communicante.
On sait que celle-ci est due à la persistance du conduit

vagino-périnéal normalement oblitéré à la naissance. Si le canal de communication s'oblitére, il se formera une hydrocèle enkystée. Au niveau du vagin, nous aurons un kyste de la cloison recto-vaginale.

De tels kystes sont nécessairement extra-vaginaux. Ils ne peuvent répondre qu'à la paroi vaginale postérieure; mais cela depuis son attache à l'utérus jusqu'à la limite inférieure du plancher pelvien. Cette hypothèse expliquerait de façon plausible les kystes postérieurs du vagin qui, d'une façon générale, sont difficiles à expliquer, surtout s'ils sont extra-vaginaux et bas situés.

Néanmoins, il nous faut signaler, contre l'hypothèse de Zukerkandl, la disproportion étonnante entre la fréquence des cas de persistance partielle du cul-de-sac de Douglas admise par cet auteur, d'après les faits de Ziegenspeck (un tiers des cas), et l'extrême rareté des cas de persistance constatée chez des embryons débités en coupes sérieées.

Se rapportant à ces travaux, Fredet, rappelant l'observation d'un kyste vaginal qu'il a présenté à la Société d'Anatomie (octobre 1903), est conduit, par les particularités de ce kyste, à expliquer son origine par la théorie péritonéale. Il reprend d'ailleurs celle-ci dans un autre article (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1904).

Nous rapportons cette Observation en son entier :

Observation 2

Il s'agit d'un kyste enlevé à une jeune femme de 19 ans; le kyste a été découvert fortuitement à l'occasion d'un examen génital, car il ne provoquait aucun trouble ou sensation anormale. Au speculum, on voyait la paroi postérieure du vagin soulevée au voisinage du cul-de-sac par une masse ovale du volume d'une

petite noix à grand axe transversal, un peu plus étendue du côté droit que du côté gauche. La tumeur était translucide et légèrement rosée; en refoulant la paroi vaginale avec le speculum on augmentait sa tension. Elle subissait l'influence de l'effort abdominal et en touchant seulement par le vagin, on n'aurait pu dire s'il s'agissait d'une hernie vaginale ou d'un kyste. Mais le toucher rectal permettait de dépasser la limite supérieure de la tumeur et de définir une poche rénitente, placée entre le vagin et le rectum, au niveau du cul-de-sac postérieur et au-dessous. Je me proposais d'enlever le kyste sans l'ouvrir, au moyen d'une incision transversale faite sur le cul-de-sac vaginal. Mais, comme il arrive parfois, la poche très mince et serrée de près s'est rompue, au cours du décollement. Aussi, pour faire une excrèse complète, ai-je dû enlever avec la poche un segment ellipsoïdal du vagin, ce qui a d'ailleurs fourni une pièce avantageuse pour l'étude des rapports topographiques du kyste et de la paroi vaginale. La brèche vaginale a été réparée au catgut.

La tumeur s'est laissée facilement décoller de la face antérieure du rectum, sans ouvrir la cavité péritonéale. La cavité kystique semblait présenter une corne à ses deux extrémités transversales, particulièrement du côté droit. Mais je tiens à répéter une fois encore, que le kyste était bien postérieur et non en situation latérale avec un prolongement postérieur.

Le liquide contenu dans la poche était absolument limpide, incolore, très fluide, nullement visqueux.

Examen de la pièce.

La membrane kystique a été modérément tendue sur un liège et fixée sans retard dans l'alcool à 90°. Je l'ai examinée à plat, ce qui était facile en raison de son extrême minceur, et au moyen de coupes comprenant la paroi vaginale et la paroi kystique. L'épithélium qui tapisse la poche est d'une grande fragilité. Malgré les précautions prises pour recueillir la pièce, il s'est desquamé en beaucoup de points et on ne le rencontre que par îlots.

Sur la membrane à plat, on constate nettement l'existence d'un épithélium formé d'une seule couche de cellules polygonales. Les noyaux ronds, ovalaires ou légè-

rement déformés, occupent presque toute la cellule. Les uns sont légèrement teintés et l'on y reconnaît facilement un ou deux nucléoles avec de grosses granulations disposées à la périphérie; les autres se colorent plus vivement, leurs détails sont indistincts et l'on y retrouve avec peine quelques granulations très foncées.

Le protoplasma cellulaire est transparent et se colore facilement. Cependant, en faisant varier la mise au point, on arrive à déterminer la forme des cellules et à constater qu'elles sont étroitement accolées et polyédriques par pression réciproque. En plusieurs endroits, une ligne blanche sépare les corps des cellules mitoyennes; elle résulte sans doute de la rétraction et de la séparation des cellules voisines sous l'influence du réactif fixateur.

Les coupes transversales donnent des indications plus complètes, relativement à l'épithélium. En quelques points, les cellules juxtaposées se distinguent plus ou moins nettement les unes des autres et affectent la forme cubique, la plus grande partie de la cellule étant remplie par le noyau. Mais, d'une façon générale, l'épithélium forme une couche homogène, parsemée de noyaux aplatis, disposés côte-à-côte, sans qu'il soit possible de distinguer des limites cellulaires.

Au-dessous de l'épithélium existe une couche conjonctive plus ou moins serrée, peu riche en noyaux et qui forme la paroi propre du kyste, comme on peut s'en convaincre en examinant des coupes portant sur des parties où la membrane kystique est séparée de la paroi vaginale. Mais aux points où ce décollement n'a pas lieu, il n'est pas possible au microscope de dire exactement où finit le kyste et où commence le vagin.

Au-dessous de la paroi kystique on reconnaît la paroi vaginale tout entière, avec ses fibres lisses, ses vaisseaux abondants et plus superficiellement son derme papillaire et son épithélium pavimenteux stratifié du type malpighien.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'un kyste développé entre le vagin et le rectum, faisant saillie dans le vagin dont il soulève la paroi postérieure au niveau du cul-de-sac. Sa paroi est tapissée d'un épithélium à une seule couche, formé de cellules très basses, souvent inséparables les unes des autres.

Mais, pour admettre définitivement l'origine péritonéale des kystes de la cloison recto-vaginale, Fredet aurait voulu avoir à sa disposition une pièce complète et pouvoir étudier les rapports du cul-de-sac de Douglas définitif avec le kyste. On devrait théoriquement trouver entre les deux un fascia d'accolement, vestige de la soudure du péritoine, compris entre la poche et le cul-de-sac définitif. Peut-être même, quand on enlève un tel kyste par le vagin, le fascia d'accolement est-il capable de le fixer. Or, l'Observation de M. Soupault, que nous publierons plus loin, semble apporter une confirmation à cette hypothèse. En effet, nous voyons, dans cette Observation, que *« le cul-de-sac de Douglas était anormalement profond et se prolongeait par une sorte de fossette ou arrière-fond qui, dirigée obliquement et en avant, semblait, vue d'en haut, déprimer la paroi postérieure du vagin. De plus, à l'ablation de la poche kystique, on se rend compte qu'à la partie supérieure de cette poche on coupe un tractus celluleux assez dense »*.

Chez l'adulte, le Douglas s'arrête normalement à deux ou trois centimètres de la base de la prostate et se continue par une formation fibreuse, l'aponévrose prostatopéritonéale, résultat de l'accolement des feuillets séreux du cul-de-sac de Douglas embryonnaire.

L'examen histologique confirme encore l'origine péritonéale des kystes de la cloison recto-vaginale.

Dans l'observation de Fredet, la coupe montrait la paroi du kyste formée par une couche de cellules endothéliales comparable à celle du péritoine. Dans l'observation de M. Soupault, l'examen histologique

montre également l'existence d'un endothelium de revêtement.

Cette origine péritonéale est d'ailleurs admise à l'heure actuelle par un certain nombre d'auteurs. Nous avons signalé plus haut que le traité de Labadie Lagrave et Legueu en faisait mention. Un certain nombre d'articles surtout étrangers cite cette origine péritonéale.

Chevassu, dans le *Bulletin de la Société d'Anatomie*, mai 1910, rapporte un cas de kyste de la paroi postéro-latérale droite du vagin à revêtement de cellules cubiques basses. Il croit qu'il s'agit d'un endothelium signant l'origine aux dépens du cul-de-sac vagino-rectal primitif.

Demetre Zeana rapporte (*Ginecologia e obstetricia*, mai 1926), l'observation d'un kyste de la paroi vaginale postérieure se continuant par une bande fibreuse vers le cul-de-sac de Douglas. Il admet qu'un tel kyste est en rapport avec le développement du cul-de-sac de Douglas car « dans les restes embryonnaires peuvent se former des kystes analogues à ceux du canal péritonéo-vaginal ».

Botto Mica, dans *Il policlinico*, 1928, expose la pathogénie des kystes du vagin et cite entre autres l'origine péritonéale de ces kystes.

Addessi, dans les *Annali di obstetricia et ginecologia*, 1930, résumant l'histogénèse des kystes vaginaux, mentionne l'origine aux dépens d'un diverticule péritonéal isolé.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

§ 1. — Etude macroscopique

Nous avons vu dans la partie historique combien la fréquence des kystes de la cloison recto-vaginale était variable suivant les auteurs. Pour Huguier, les kystes postérieurs seraient plus rares que les autres : 13 kystes postérieurs pour 81 antérieurs. Pour Winkel, la fréquence est égale. Pour Poupinel, il y aurait 53 kystes postérieurs pour 49 kystes antérieurs. Rappelons enfin que les kystes postérieurs siègeraient surtout au tiers moyen et au tiers supérieur.

Age

Les kystes de la cloison comme d'ailleurs tous les kystes vaginaux, se voient à tout âge. Ils semblent cependant plus fréquents pendant la période d'activité génitale (Bérard, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1921. — Delmas et Roume, *Bulletin de la Société de Gynécologie*, 1925. — Thèse Zeligson).

Nombre

Ils sont en général uniques. Cependant, il peut y avoir soit coexistence d'un kyste postérieur et d'un kyste antérieur (Zeligson), soit plusieurs kystes de la cloison étagés en chapelet (Dainville, *Bulletin de la Société d'Anatomie*, 1903).

Volume

Il est des plus variables, depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'une tête de fœtus. Pour Lang, certains kystes augmenteraient de fréquence lors des périodes menstruelles par suite d'une véritable poussée congestive.

Etat de la muqueuse

La muqueuse vaginale qui recouvre le kyste peut être normale, plissée, rosée ou déplissée, lisse et bleuâtre. La tumeur peut adhérer à la muqueuse, rendant la dissection impossible et obligeant lors de l'ablation à une résection assez étendue. La muqueuse peut être d'épaisseur normale ou même augmenter. Au niveau du rectum le kyste est le plus souvent adhérent. Parfois cependant il est bien limité, avec une gaine propre et l'on trouve aisément un plan de clivage.

Paroi du kyste

Elle est d'épaisseur variable, de deux à six millimètres.

Contenu

Il est variable. Le plus souvent c'est un liquide filant, visqueux, opalescent. Parfois il contient une substance analogue à la métalbumine que l'on retrouve dans certains kystes de l'ovaire.

Le liquide peut être visqueux. Sa réaction est alcaline ou neutre.

Rappelons enfin qu'il existe des kystes dermoïdes de la cloison (*Thèse Dussuel, 1925*).

§ 2. — Etude microscopique

Paroi du kyste

La paroi kystique est formée d'une couche épithéliale interne recouvrant une paroi conjonctivo-musculaire. L'épithélium est soit cylindrique, soit pavimenteux, soit mixte, soit formé d'une seule couche de cellules endothéliales.

L'épithélium cylindrique serait en faveur de l'origine wolffienne du kyste, mais nous avons vu que cette origine ne peut être invoquée pour les kystes postérieurs; il s'agirait alors d'un kyste formé aux dépens des canalicules wolffiens. (Voir Pathogénie.)

L'épithélium pavimenteux stratifié serait en faveur de l'origine mullerienne qui est plausible dans certains cas. L'épithélium mixte serait en rapport avec un kyste développé aux dépens de la portion cervico-vaginale du canal vagino-utérin.

Enfin le revêtement endothélial est une preuve de l'origine péritonéale des kystes de la cloison comme nous l'avons vu plus haut.

Contenu du kyste

Il contient des éléments figurés du sang, des cellules épithéliales en voie de desquamation.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Le début des kystes de la cloison recto-vaginale, comme celui des autres kystes du vagin en général, est insidieux. Il n'y a pas de douleurs, de troubles de la miction ou de la défécation, car le kyste est logé dans le vagin et non dans l'ampoule rectale, pas de gêne au coït. Ce n'est que dans des cas très rares et lorsque les kystes atteignent un volume considérable qu'ils peuvent comprimer les organes du petit bassin. Assez souvent c'est soit après un accouchement, soit à la suite d'un effort, d'une marche, d'un travail prolongé que la malade éprouve dans le vagin ou au niveau de la vulve la sensation d'un corps étranger. Souvent c'est lors d'un examen gynécologique pratiqué pour tout autre affection que le toucher vaginal révèle la présence d'un kyste du vagin.

Toucher vaginal

La tumeur est lisse, régulière, lobulée, arrondie ou allongée; le plus souvent pédiculée; elle est en outre mobile et indolore. S'il n'y a pas d'affection pelvienne concomittante, les culs-de-sac sont libres. Le développement du kyste dans le cul-de-sac postérieur peut dévier le col utérin en avant.

Le toucher rectal indispensable montre associé au toucher vaginal, un épaissement de la paroi rectale au niveau du kyste. Il permet de se rendre compte

de la forme, de la consistance et de la grosseur du kyste. Il peut révéler la présence de plusieurs kystes étagés en chapelet.

Spéculum

L'examen au spéculum montre la muqueuse vaginale soulevée par une masse. La muqueuse est dépliée à ce niveau et d'une couleur plus pâle que celle avoisinante. On peut voir la tumeur implantée sur la paroi vaginale par un pédicule plus ou moins long.

Kyste de la cloison et grossesse

Nous dirons quelques mots des rapports réciproques des kystes et de la grossesse. Nous avons vu en étudiant l'origine traumatique des kystes du vagin le rôle de la grossesse dans leur étiologie. Elle précipiterait leur évolution. Nous n'y reviendrons pas ici. L'influence du kyste sur la grossesse est nulle. Ce n'est que très exceptionnellement qu'un gros kyste pourrait apporter une gêne au coït et gêner la fécondation.

Lors de l'accouchement, le kyste n'est habituellement pas cause de dystocie. Cependant Miles (*Surgery, Gynecology and Obstetric*, mars 1925), rapporte le cas signalé par Franck d'un gros kyste ayant obligé à faire une césarienne. D'autres auteurs ont dû pratiquer l'enucléation et la ponction pour que l'accouchement puisse se terminer.

Evolution

La marche du kyste est lente et ce n'est qu'après de

longues années qu'un accroissement de volume ou une complication nécessite l'intervention.

Complications

Elles sont exceptionnelles; nous les citerons seulement :

Infection. Elle peut se terminer par la fistulisation du kyste.

Rupture.

Hémorragie intra-kystique au cours des périodes menstruelles.

Dégénérescence.

Pronostic

Le pronostic est très bénin.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

1° Diagnostic positif

Il est en général facile. On se basera pour l'établir sur la présence d'une tumeur indolente, mobile, fluctuante, pédiculée. Le toucher rectal est indispensable pour affirmer le diagnostic. Les deux doigts vaginal et rectal sont séparés par l'épaisseur du kyste.

2° Diagnostic différentiel

Il faut d'abord savoir :

- a) S'il s'agit d'une tumeur vaginale;
- b) Si cette tumeur est un kyste.

a) *Est-ce une tumeur du vagin?*

Il faut éliminer les *kystes développés dans le ligament large* et se prolongeant dans le vagin. Ils bombent dans le cul de sac postérieur. La tumeur est dure, rénitente, élastique mais ne descend pas dans la paroi vaginale.

Les *kystes hydatiques du Douglas*. — Ils peuvent se développer soit dans tout le petit bassin, soit occuper seulement le cul-de-sac de Douglas. Certains peuvent dédoubler la paroi vaginale postérieure et venir faire saillie dans la moitié et le tiers supérieur du vagin. Le diagnostic est alors fort délicat. Le volume de la tumeur qui, occupant le petit bassin tend

à l'orifice vulvaire, fera penser à un kyste parasitaire. Les examens de sang feront conclure à l'échinococcie.

Rectocèle. — Par le toucher rectal le doigt pénètre au-dessus du sphincter dans une cavité dont la paroi antérieure est recouverte par la muqueuse vaginale prolabée.

Prolapsus du vagin. — Il peut être, soit isolé, soit associé à un prolapsus utérin. Dans le prolapsus partiel on aperçoit en écartant les grandes et les petites lèvres, deux saillies; l'une antérieure, l'autre postérieure, dont la surface offre tous les caractères de la muqueuse vaginale. Ces saillies augmentent lors des efforts et se réduisent facilement. Elles peuvent s'accompagner de cystocèle et de rectocèle. Le prolapsus total utéro-vaginal est de diagnostic facile. Outre les signes vus plus haut, il faut noter la présence du col utérin facilement reconnaissable.

Enterocèle. — La tumeur rentre en gargouillant.

b) *Est-ce un kyste?*

On éliminera les tumeurs solides :

Fibro-myomes. — Ils sont rares, constitués par une masse dure, lisse, régulière, n'ayant pas la consistance du kyste. Le rectum peut être refoulé et aplati par eux s'ils sont d'une volume considérable. L'examen histologique montre une structure musculaire.

Adéno-myomes. — Ce sont des tumeurs bénignes de structure identique à celle de la muqueuse utérine normale. Au début, elles se présentent comme un petit kyste. Plus tard elles deviennent nodulaires. Dans la suite de leur évolution, elles deviennent

énormes, formant un bloc diffus, mal limité, faisant disparaître le Douglas. Elles se traduisent par trois signes cliniques importants et bien caractéristiques : dysménorrhée douloureuse, troubles rectaux, hémorragies survenant sous forme de ménorragies. Le toucher rectal et vaginal associés montrent une induration de la partie supérieure de la cloison recto-vaginal ou un nodule mal limité situé entre la face postérieure du col et du rectum.

On éliminera de même les :

Abcès de la cloison. — Ils sont rares (Lenormant. — *Annales d'Anatomie pathologique*, janvier 1931). Le toucher rectal et vaginal montre un épaissement de la cloison. Il donne l'impression d'un abcès pelvien bombant entre le rectum et le vagin. Mais le cul-de-sac postérieur est de profondeur normale et indolore. Par contre la pression sur la cloison recto-vaginale est douloureuse. Il y a de la fièvre.

L'épithélioma-vaginal au début : Rarement primitif.

Sarcome du vagin : Très rare.

■
**

En fait, le diagnostic est aisé; dans tous les cas, la ponction lèvera les doutes.

CHAPITRE VI

Traitement

Le seul traitement est l'ablation du kyste.

Les ponctions évacuatrices ou suivies d'injections modificatrices ne valent pas mieux que les simples cautérisations. L'incision suivie de drainage risque de laisser s'établir une infection secondaire et une fistulisation.

L'opération peut se faire soit à la narcose, soit à la rachi-anesthésie, soit encore à l'anesthésie régionale (épidurale).

Une préparation de la malade est nécessaire : préparation analogue à celle d'usage pour les périnéorraphies; nettoyage local, injections vaginales légèrement antiseptiques, enfin purgations successives l'avant-veille et la veille de l'opération, avec constipation à l'extrait thébaïque dès la veille au soir.

L'incision d'abord sera *périnéale, transversale*, parallèle à la courbe de la fourchette, analogue à celle des périnéorraphies par dédoublement de la cloison recto-vaginale; c'est d'ailleurs au cours de ce dédoublement qu'on aborde le kyste; celui-ci est décollé progressivement de la cloison vaginale, puis de la paroi rectale tour à tour et très prudemment, surtout en arrière.

Pozzi avait conseillé de vider le kyste, d'injecter de la paraffine à l'intérieur pour que celle-ci, se solidifiant, rende l'extirpation plus aisée.

Quand il n'y a pas d'inflammation — c'est la règle — le clivage est facile. Pourtant, les parois de la poche étant très minces, il se peut que celle-ci se rompe avant sa libération totale. Dans ces conditions, une bonne manœuvre est d'introduire deux doigts à l'intérieur et d'agir comme on le fait avec un sac herniaire, par essuyage à la compresse.

Peu ou pas de vaisseaux à lier.

En terminant, il ne peut qu'être favorable de pratiquer une myorraphie des releveurs par un procédé quelconque; il y a deux avantages : On consolide un périnée sans doute distendu par le développement de la tumeur kystique; on efface l'espace mort où pourrait se produire un hématome post-opératoire.

Le drainage n'est pas à conseiller.

Quant à la paroi vaginale postérieure, s'il y a vraiment trop d'étoffe, on peut en faire la résection cunéiforme : Ceci ne peut qu'être laissé à l'appréciation de l'opérateur.

Si le kyste est très adhérent à la muqueuse, il faut la réséquer plutôt que de laisser une muqueuse par trop amincie et vouée au sphacèle.

Il nous paraît inutile de discuter d'autres techniques opératoires.

Au cours de la grossesse, il convient de ne pas toucher au kyste s'il ne gêne pas. S'il devient un obstacle à l'expulsion du fœtus, on le videra par ponction et on l'extirpera plus tard.

OBSERVATIONS

(Les Observations N^{os} 1 et 2 ont été comprises dans les Chapitres I et II du présent travail. Le lecteur voudra bien s'y reporter.)

Observation 3

(Thèse Zeligson *in* Reboul)

Malade âgée de 40 ans.

A 20 ans, apparition de deux kystes siégeant sur la paroi antérieure et postérieure du vagin.

A 21 ans, une grossesse. Après l'accouchement, la tumeur augmenta de volume, mais il n'y avait aucun symptôme fonctionnel.

A 35 ans, nouvel accouchement. Augmentation rapide et gêne; douleurs irradiant dans le bas-ventre; la miction exige des efforts; la malade est devenue très nerveuse.

Il y a deux tumeurs à la vulve. Une en avant, sous le tubercule antérieur du vagin, l'autre en arrière, reçue dans une espèce de croissant, formé par la paroi vaginale qui fait une légère saillie en avant.

Toucher.

On sent deux tumeurs, une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin.

La tumeur antérieure, manifestement kystique, sessile, est située à 2 ou 3 cm. de l'orifice vulvaire; peu mobile se prolongeant nettement en arrière et en haut entre l'urètre et la paroi vaginale qui glisse sur elle.

Lorsqu'on saisit le kyste entre deux doigts et qu'on l'attire vers la vulve, il prend une coloration bleuâtre. La muqueuse vaginale est normale au niveau du kyste.

Le doigt cheminant sur la paroi vaginale postérieure et d'avant en arrière perçoit d'abord une tumeur molle, réductible, une rectocèle et en arrière le kyste (combinaison du toucher rectal et vaginal).

L'exploration de la cloison recto-vaginale en haut fait sentir une tumeur ovalaire kystique que l'on peut refouler en haut et qui se continue vers le cul-de-sac recto-vaginal par une masse lobulée, puis par un cordon noueux que le doigt vaginal sent encore au tiers supérieur de la paroi vaginale postérieure.

Le kyste n'est pas réductible mais fuit sous la pression du doigt explorateur. Le kyste postérieur est gros comme une noix.

Opération.

Le kyste antérieur se prolonge en arrière et en haut dans la cloison urethro-vésico-vaginale.

Le kyste postérieur présente un prolongement remontant très haut dans la cloison recto-vaginale, un peu à droite.

On poursuit le pédicule jusqu'à la partie supérieure du vagin, on lie le pédicule qui remonte encore plus haut.

Examen microscopique.

Kyste antérieur. Deux couches : une en dehors formée de tissu conjonctif fasciculé renfermant des vaisseaux et des fibres musculaires lisses et une couche interne épithéliale à cellules cylindriques.

Kyste postérieur plus développé; constitué par trois parties :

1° Un grand kyste.

2° Une masse fibro-kystique se prolongeant en haut et en arrière et l'unissant à un pédicule fibreux. La constitution de la paroi est la même que pour le premier kyste, l'épithélium cylindrique à gros noyaux; par place l'épithélium forme des culs-de-sac plus ou moins prononcés comme dans certains kystes de l'ovaire.

La masse fibro-kystique est formée de gros faisceaux conjonctifs, contenant des fibres musculaires lisses disposées sous forme de lame, et des vaisseaux limitant des cavités irrégulières tapissées par un épithélium à cellules cylindriques ou cubiques.

Le pédicule est formé surtout de faisceaux conjonctifs, de fibres musculaires lisses, de vaisseaux et de rares cavités à peu près rectilignes tapissées par un épithélium à petites cellules rondes ou cubiques.

*
**

Observation 4

(Thèse Robert, *Inédite*)

Femme de 35 ans vient à la consultation du Dr Potherat se disant atteinte d'un prolapsus utérin. Or la malade n'a jamais eu d'enfant. A l'examen on aperçoit à l'orifice vulvaire une tumeur du volume d'une orange, arrondie, de surface lisse, fluctuante. Le toucher rectal et le toucher vaginal montrent la tumeur indépendante des parois rectale et vésicale. Cependant on arrive à sentir un pédicule reliant la tumeur au cul-de-sac postérieur.

On décolle facilement le kyste après l'avoir vidé. On voit les fibres du releveur de l'anوس qui enserrrent la tumeur.

*
**

Observation 5

(Thèse Robert, *Inédite*)

Femme de 20 ans ayant remarqué l'apparition d'une tumeur à la vulve depuis quelque temps. Son médecin lui aurait dit qu'elle avait une cystocèle.

Rien dans les antécédents de la malade, sauf un accouchement deux mois auparavant. La malade avait porté un pessaire qui ne l'améliorait pas.

La malade devient à nouveau enceinte; la tumeur restait constamment dehors, déterminant à la marche des frottements.

Lorsqu'elle vient pour la première fois à la consultation du Dr Potherat, elle était au sixième mois de sa gestation. M. Potherat porte le diagnostic de kyste du vagin.

A l'examen, tumeur dépressible faisant saillie à la vulve. Le doigt introduit dans le vagin refoulait une tumeur liquide. Pas de cystocèle.

Le toucher rectal ne révèle pas de rectocèle, mais montre un épaissement de la cloison recto-vaginale formant pédicule au kyste. Le toucher vaginal et le tou-

cher rectal montrent le kyste au niveau de la partie supérieure de la cloison, les deux doigts ne pouvant se joindre.

Au cours de l'opération, on voit nettement les fibres du releveur de l'anوس encercler le pédicule de la tumeur. Décollement facile de la paroi vaginale et rectale.

**

Observation 6

(Thèse Robert *in* Santoni)

Une femme de 45 ans qui avait eu sept accouchements antérieurs remarqua dès la première grossesse une tumeur qui atteignit bientôt le volume du poing. Il se forma à la fin une petite ouverture par où s'écoula un peu de pus. On étudia le kyste purulent et l'on découvrit par l'analyse histologique qu'il s'agissait d'un petit vagin rudimentaire.

L'utérus était bicorné, ce vagin correspondait à la corne restée rudimentaire.

**

Observation 7

(P. Petit Dutailis : Tumeur congénitale du cul-de-sac vaginal postérieur, *La Gynécologie*, 1920)

Femme de 27 ans, mariée depuis deux ans sans enfant, opérée il y a sept ans d'un adénome du sein; douleurs dans le bas-ventre surtout au moment du coït.

Par toucher vaginal et toucher rectal on sent derrière le col, dans le cul-de-sac vaginal postérieur, une tuméfaction qui en occupe toute la largeur et dépasse un peu de haut en bas la portion péritonisée du vagin.

Tumeur douloureuse à la pression, ni fluctuante, ni rénitente; semble faire saillie dans le Douglas. La muqueuse qui la recouvre ne présente ni rougeur, ni œdème, ni ulcération. Elle est très adhérente à la tumeur.

Cette adhérence et les saillies distinctes au doigt et à la vue des lobules de la tumeur dans le vagin, le

glissement facile de la muqueuse sur son relief dans l'ampoule permettent d'affirmer qu'il s'agit non d'une tumeur rectale ou d'un lobe de tumeur intra-péritonéale faisant saillie dans le Douglas, mais bien d'une tumeur incorporée à la paroi vaginale.

Biopsie.

Fragment excisé du volume d'un petit haricot et irrégulièrement lobulé et présente des trainées et points jaunâtres.

La masse principale est formée de tissu conjonctif adulte, fibreux, normal avec des vaisseaux capillaires normaux.

Surface revêtue d'une couche épidermique pavimenteuse stratifiée, non cornée (épithélium vaginal normal) d'épaisseur normale dans la plus grande étendue, épaissie par places en plus saillants.

Dans le corps fibreux se voient des formations épithéliales de deux espèces différentes et d'importance très inégale.

a) D'une part des îlots d'épithélium pavimenteux stratifié très épais, nettement limités, à stratification normale typique. Les plus petits de ces îlots sont pleins; les autres sont creusés en leur centre de cavités arrondies, ovalaires, oblongues, remplies en partie de cellules plates desquamées. Certains sont ramifiées en deux ou trois branches et traversent de part en part le fragment enlevé. En multipliant les coupes, on se rend compte que ces canaux et îlots épidermiques inclus qui semblent d'abord indépendants du revêtement superficiel sont en réalité en continuité directe avec ce revêtement. Il s'agit donc de canaux épidermiques et de bourgeons pleins aboutissant à la surface du vagin.

b) A côté de ces formations épidermiques pavimenteuses, on constate la coupe de plusieurs petites cavités arrondies, revêtues d'une seule couche d'épithélium cylindrique.

Il s'agit donc d'une tumeur congénitale avec inclusions pleines de tubulis d'épithélium pavimenteux ou cylindrique, c'est-à-dire d'une formation analogue à celles qui aboutissent à la constatation de kystes du vagin.

Ce qui particularise cette tumeur, c'est que la vacuo-

lisation de ses inclusions épithéliales n'a pas franchi le stade microscopique; en aucun point de son étendue on n'avait sensation de kystes; cette relative dureté jointe à la lobulation et à quelques varicosités, aux douleurs spontanées et provoquées, portait à opter beaucoup plus pour une néoformation maligne que pour une malformation.

Le siège de la tumeur, la juxtaposition à son intérieur de boyaux d'épithélium cylindrique et de travées pavimenteuses, la prédominance marquée de celles-ci donnent à penser qu'il s'agit plutôt d'une production mullerienne que wolfienne.

*

**

Observation 8

(Hartmann : Hernie vaginale,
Annales Gynécologiques, 1917)

La hernie vaginale est généralement confondue avec les prolapsus génitaux.

Certains auteurs décrivent à part les hernies vaginales mais confondent avec elles certaines hernies de la partie postérieure de la grande lèvre. Cette variété de hernie nous semble se rapprocher plus de la hernie périnéale que de la hernie vaginale proprement dite.

Observation. — Jeune fille de 18 ans. Tumeur au niveau de la grande lèvre, faisant penser à un kyste de la glande vulvo-vaginale; mais tumeur molle et réductible. Le doigt réduisait la hernie. Le doigt rectal comprimant la cloison empêchait la hernie de descendre.

Il semble bien que, dans de pareils cas, il s'agisse de hernies congénitales, correspondant à un cul-de-sac de Douglas, anormalement profond par suite de la non coalescence de la partie inférieure pendant la vie embryonnaire, cul-de-sac qui, sous l'influence de la pression intra abdominale, s'est engagé entre les fibres du releveur.

*

**

Observation 9

(De Beule : Kyste volumineux du vagin opéré,
Presse Médicale, 23 Mars 1907)

Femme de 40 ans qui portait entre les lèvres de la

vulve une tumeur rosée, lisse, arrondie et apparemment du volume d'un œuf de poule. La tumeur remplissait toute l'étendue de la cavité vaginale, ayant, à l'examen digital, le volume d'un poing. La tumeur à peine pédiculée s'insérait dans le cul-de-sac antérieur et sur la moitié supérieure de la paroi antérieure du vagin.

Le col utérin à peine accessible était refoulé très loin en haut et en arrière. Le toucher rectal renseignait que la tumeur tombait dans l'ampoule rectale. La tumeur était recouverte de muqueuse normale, très tendue, fluctuante. La ponction ramena du liquide clair jaune citron. Il s'agissait d'un kyste.

Dans l'histoire de la malade, on note des faits intéressants. Règles à 17 ans irrégulières, capricieuses. A 34 ans, la malade ressentit brusquement, à la suite d'un effort une douleur violente dans le bas-ventre : tentances syncopales et plusieurs jours durant de la rétention d'urine. Les malaises menstruels s'exagèrent à cette époque.

A l'âge de 37 ans, mariage. Un an après, la malade devient enceinte. Au quatrième mois, la malade constate un matin la disparition de la tumeur. Accouchement normal. Au bout de plusieurs mois la tumeur reparait dure, irréductible. L'intervention est décidée.

A l'intervention, on s'aperçut que la tumeur avait refoulé en avant la paroi postérieure de la vessie.

Le pôle supérieur devait donc occuper l'espace vésico-utérin. En écartant largement le vagin De Beule fait sur la tumeur une incision intéressant simplement la muqueuse. On cherche un plan de clivage et l'on peut encercler la tumeur vaginale du kyste sans l'ouvrir.

En voulant dégager le pôle supérieur le sac se rompit mais on put attirer la poche et la dégager de ses adhérences profondes. On ferma le tout par deux plans de suture. Le cul-de-sac antérieur avait été ouvert au cours de l'opération. On draina la cavité abdominale par une mèche placée dans l'ouverture.

L'évolution post-opératoire fut simple.

La malade guérit très bien.

L'analyse histologique du kyste révéla une origine vaginale.

Les origines des kystes du vagin sont encore discutées; une seule paraît très établie, c'est l'origine wolffienne.

M. de Beule est très près de croire que dans le cas qu'il a relaté il a eu à faire à une hernie intestinale produite au niveau du plancher pelvien et développée du côté du vagin. La première tumeur mollassse, réductible, serait la hernie elle-même apparue lors de la douleur violente relatée dans l'anamnèse. Puis au quatrième mois de la grossesse la hernie aurait disparu par le fait que l'utérus gravide venait oblitérer le collet du sac. Enfin, plus tard, il se serait produit une collection kystique dans un sac déshabité.

Le développement de la poche hystique dans l'espace vésico-utérin, ses connexions intimes avec le péritoine à tel point que son énucléation amène l'ouverture de la cavité péritonéale avec prolapsus d'une anse de l'iliaque, tout plaide en faveur de l'origine péritonéale du kyste.

**

Observation 10

(M. Soupault, *Inédite*)

Mme G..., âgée de 30 ans. — Vient consulter pour prolapsus utérin. A l'examen : Kyste du vagin associé à un prolapsus vaginal et kyste de la cloison recto-vaginale.

Nature de l'intervention : Oblitération du Douglas et colpo-périnéorraphie postérieure et ablation du kyste.

Premier temps = Abdominal :

Laparotomie médiane sous ombilicale courte. Aucune lésion annexielle, ni utérine. Mais, il est facile, en mettant le doigt dans le Douglas, de constater : 1° que celui-ci est anormalement profond et 2° qu'il est prolongé par une sorte de fossette ou arrière-fond qui, dirigée obliquement en bas et en avant, semblait, vue d'en haut, déprimer la paroi postérieure du vagin. On oblitère cette fossette par une double rangée de catguts. On obtient ainsi une disposition normale. Mais il faut noter : a) que

la séreuse très flasque glisse plus facilement que normalement sur les plans profonds et *b*) que l'ensemble de l'appareil génital tend à descendre à travers le périnée, ce à quoi s'opposera le second temps de l'opération.

On va à l'appendice qui ne présente rien à signaler et qu'on enlève par le procédé habituel, avec écrasement et enfouissement du moignon.

Fermeture de la paroi en deux étages à la soie, et peau à la soie.

Deuxième temps = Périnéal

On ne fait pas de colpographie antérieure. Dédoublement de la cloison recto-vaginale : on trouve alors une formation kystique qu'on dissèque assez facilement d'avec la paroi vaginale, plus difficilement d'avec la paroi rectale. On trouve comme de la fendre. Il s'écoule quelques centimètres cubes de liquide citrin très clair et on parvient à enlever la poche complètement. La musculuse rectale est directement à nu en arrière d'elle. Vers le pôle supérieur de la poche, on se rend compte qu'on coupe un tractus celluleux assez dense.

Réfection du périnée par suture des releveurs. Le releveur du côté droit est assez faible. Il y a trop d'étoffe vaginale et on résèque en coin une bonne partie de la paroi vaginale postérieure. On finit ensuite comme pour un périnée ordinaire. Plastie de la fourchette et crins liés sur bourdonnets.

Examen histologique. — Kyste à forme fibroïde, à revêtement endothélial. Pas de lésions inflammatoires évolutives. Aucune trace de néoplasme.

CONCLUSIONS

1°) Les kystes du vagin ont été surtout étudiés dans leur ensemble. Leur intérêt réside dans la pathogénie. A côté des autres origines que nous avons étudiées (glandulaires et traumatiques) c'est surtout l'origine embryonnaire qui est admise : développement aux dépens des canaux de Wolf et de Muller.

2°) Les kystes de la cloison recto-vaginale peuvent dans certains cas avoir la même origine que les kystes des autres parois. Mais certains ont une origine qui leur est propre, c'est *l'origine péritonéale*.

3°) L'étude embryologique nous montre que cette origine est possible; la profondeur du cul-de-sac de Douglas chez l'embryon permettant d'admettre ce processus au même titre que celui des kystes développés aux dépens du canal vagino-péritonéal : kystes du cordon et du canal de Nüch.

4°) L'examen histologique montre la présence d'un revêtement endothélial qui confirme l'origine péritonéale et la distinction d'avec les autres kystes vaginaux.

5°) Les kystes de la cloison recto-vaginale sont, en principe, justiciables d'un seul traitement : l'extirpation chirurgicale.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président*
de Thèse.
J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADDESSI. — Contribution à l'Histogénèse des Kystes vaginaux. *Annali di Obstetrica e Ginecologia*, 31 janvier 1930.
- ATADIE. — Kyste de la paroi postérieure du vagin, *Bulletin de la Soc. d'Anatomie*, 1903.
- BARBET. — Cloaque rectovaginal. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 7 janvier 1921.
- BERARD. — Kystes multiples du vagin d'origine wolffienne. *Gynécologie et Obstétrique*, avril 1921.
- BERARD et DUNET. — Kystes multiples du vagin, d'origine wolffienne. — *Journal de Gynécologie et Obstétrique*, 1921.
- BERTHELIN. — Essai sur l'hydrocèle de la femme. *Thèse méd.*, Paris, 1893-1894.
- BEULE (de). — Kyste volumineux du vagin opéré. — *Presse Médicale*, 1907.
- BIENENFELD. — Contribution clinique aux kystes du vagin. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 30 mai 1925.
- BORDEANU. — Un cas de Kyste du vagin. — *Revista de Chirurgia*, Bucarest, septembre 1921.
- BOURSIER et AUVRAY. — Traité de Gynécologie.
- BOTTO MICA. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. *Il Policlinico*, 15 nov. 1928.
- BRAINE. — Kyste du canal de Nüeck. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1909.
- BRANCA. — Histologie.
- BROCA. — Kystes dermoïdes du cordon. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1909.
- BURNANO. — Un cas de kyste de Muller à contenu rare. *Rassegna di Obstetrica e Ginecologia*, avril 1927.
- CACHAN. — Kystes du cordon et du canal de Nüeck et leurs relations avec les hernies inguinales. *Thèse méd.*, Paris, 1893-1894.

- CHAMPY. — Histologie.
- CHARRIER. — Kyste du cul-de-sac de Douglas. *Journal de Médecine de Brodeaux et du S.-O.*, 1928.
- CHEVASSU. — *Soc. d'Anatomie*, mai 1910.
- CHOLLET. — Kyste dermoïde ischio-pelvi-rectal, Montpellier, 1912-1913.
- COUVELAIRE. — Kyste du vagin observé et traité pendant la puerpéralité. *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1913.
- DIEULAFE. — Kystes multiples du vagin. *Bulletin de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1923.
- DIEULAFE. — Diaphragme pelvien. — *Thèse méd.*, Toulouse, 1900.
- DIEULAFE. — Releveur de l'anus. *Journal d'Anatomie*, 1901.
- DELMAS et ROUME. — Kyste du vagin et puerpéralité. *Bulletin de la Soc. de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1925.
- DEMETRE ZEANA. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. *Ginecologia e Obstetrica*, mai 1926.
- DOGLIOTTI. — Contribution à l'étude des Kystes du vagin. *Revista di Chirurgia (Côme)*, mai-juin 1924.
- DEFRISE. — Contribution à l'étude des Kystes du canal vagino-péritonéal. *Thèse méd.*, 1899.
- DELAGLANDE. — Kystes du cordon et du canal de Nück. *Bulletin de la Soc. d'Anatomie*, 1894.
- DELBET. — Kyste inguino-interstitiel développé aux dépens du conduit vagino-péritonéal. *Bulletin de la Soc. Anatomique*. 1898.
- LE DENTU et DELBET. — Maladies des organes génito-urinaires de l'homme. Maladies des organes génito-urinaires de la femme.
- DESMARETS. — Kystes péritonéaux. *Bulletin de la Soc. d'Anat.*, 1913.
- DAINVILLE. — Kystes multiples de la paroi postérieure du vagin. *Bulletin de la Soc. d'Anatomie*, 1903.
- DUSSUEL. — Contribution à l'étude des Kystes dermoïdes de la cloison recto-vaginale. *Thèse méd.*, Paris, 1925.
- DEROCQUE. — Endométriomes vaginaux et para-vaginaux. *Thèse méd.*, Paris, 1926.
- L'ECUYER DE VILLERS. — Contribution à l'étude des

- Kystes du vagin au cours de la gestation et de l'accouchement. *Thèse méd.*, Paris, 1923.
- FREDET. — Kyste postérieur du vagin dérivant probablement du cul-de-sac de Douglas embryonnaire. *Bulletin de la Soc. d'Anatomie*, Paris, 1903.
- FREDET. — Etude anatomique sur l'origine des Kystes du vagin. *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, mars 1904.
- FREDET. — Kyste latéral du vagin d'origine wolfienne. *Bulletin de la Soc. d'Anatomie*, octobre 1903.
- FRANCOZ et VERLIAC. — Kyste volumineux du vagin pendant la grossesse. — *La Gynécologie*, 1906.
- FOUCAULT. — Les Kystes du vagin. *Gazette des Hôpitaux*, 21 nov. 1925.
- FENICIO BUNDI. — Kystes du vagin. *Gazetta degli Ospedali et delle Cliniche*, 3 février 1921.
- FERRONI. — Sur la persistance de débris embryonnaires et sur quelques anomalies de l'utérus chez l'embryon. *Annali di Obstetrica et Ginecologia*, 1902.
- FEURTET. — Contribution à l'étude des Kystes du vagin. *Thèse méd.*, Paris, 1900-1901.
- FABRE. — Précis d'Obstétrique.
- FAURE (Jean-Louis). — Gynécologie médico-chirurgicale.
- GOLDSTONE et FOGELSON. — Adénomyomes de la cloison recto-vaginale. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, juin 1924.
- GRAZIANSKY. — Pathogénie et étiologie des Kystes du vagin. *Gynécologie et Obstétrique*, 1926.
- GUILHAUMIN. — Kystes du canal de Nüek. *Thèse méd.*, Lyon, 1900-1901.
- GREGOIRE. — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen.
- IVANOV. — Du rôle du corps de Wolff dans la formation de l'utérus et du vagin. *Gynécologie et Obstétrique*, 1931.
- INGRAHAM. — Kystes du vagin. *The Journal of the Amer. Medical Association*, 5 nov. 1921.
- HARTMANN. — Les Kystes du vagin. *Thèse méd.*, Paris, 1918-1919.
- HARTMANN. — Hernie vaginale. *Annales de Gynécologie*, 1917.
- HARTMANN. — Hydrocèle. *Journal des Praticiens*, 1928.

- HERTWIG. — Précis d'embryologie de l'homme et des vertébrés.
- HORNING. — Kystes du vagin. *Centralblatt für Gynakologie*, 11 nov. 1922.
- KOLLIKER. — *Beitrage zur Anat. und Embryol.*, 1882.
- JACQUOT et FARISSE. — Recherche sur les Kystes rétro-peritonéaux d'origine wolffienne. *Revue de Gynécologie*, 1913.
- LAFOND-ORE et MANGE. — Kyste du vagin. *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gynécologie*, 5 mai 1931.
- LAPOINTE. — Kystes wolffiens. *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 7 mars 1922.
- LETULLE. — Anatomie pathologique.
- LECENE-MOULONGUET. — Diagnostic Anatomoclinique (Appareil génital de la femme).
- LANNELONGUE. — Traité des Kystes congénitaux.
- MICHON et COMTE. — Adénomyomes de l'espace recto-vaginal. *Journal de Chirurgie*, 30 avril 1926.
- MARAIS. — Fibro-myome de la cloison recto-vaginale. *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1924.
- MILLES. — Kystes du vagin. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, mars 1925.
- MARION. — Kystes du vagin. *Gazette des Hôpitaux*, février 1902.
- OMBREDANNE. — Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile.
- P. PETIT-DUTAILLIS. — Tumeur congénitale du cul-de-sac vaginal postérieur. *La Gynécologie*, 1920.
- PAGES. — Contribution à l'étude de la pathogénie des Kystes du vagin. *Thèse méd.*, Paris, 1901-1902.
- POUPINEL. — Kystes du vagin. *Revue de chirurgie*, 1889.
- POLIDOR. — Des canaux de Gartner; de leur persistance chez la femme, sous forme de conduits à débouché vaginal. *Thèse méd.*, Bordeaux, 1901.
- POIRIER. — Anatomie. Tube digestif. Rectum.
- POIRIER. — Pathologie des Kystes de l'épididyme. *Revue de Chirurgie*, 1890.
- PRATI. — Kystes du cordon. *La Clinica chirurgica*, 1927.

- PERAIRE. — Kyste congénital du vagin. *Bulletin de la Soc. Anatomique*, Paris, 1904.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- QUENU. — *Bulletin de la Soc. Anatomique*, juin 1889.
- ROUX. — Kyste du vagin. *Bulletin Médical de Québec*, nov. 1930.
- ROUVILLE (de). — Kyste vulvo-vaginal développé aux dépens de débris persistants du canal de Gartner. *Bulletin de la Soc. de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1925.
- ROCHER. — Kystes dermoïdes para-coccygiens. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1908.
- RIEFFEL. — Organes génito-urinaires.
- ROUVIERE. — Anatomie humaine descriptive et topographique.
- RABERE. — Essai sur la pathogénie des Kystes séreux, dits hydrocèles chez la femme. *Thèse Paris*, 1883.
- ROBERT. — Contribution à l'étude des Kystes du vagin. (Kystes de la paroi postérieure.) *Thèse méd.*, Paris, 1899-1900.
- STRONG. — Kystes du vagin. *The American Journal of Obstetric and Gynecology*, janvier 1921.
- SNEGINEFF. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes. *Annales de Gynécol. et d'Obstétrique*, 1925.
- SANTONI. — Contribution à l'étude des Kystes du vagin principalement au point de vue historique et anatomique. *Thèse méd.*, Paris, 1890.
- TOURNEUX. — Kyste du vagin à épithélium cubique. *Bulletin de la Soc. Anat. de Paris*, 1922.
- TOURNEUX et LEGAY. — Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin. *Journal d'Anatomie*, Paris, 1884.
- TOURNEUX et LEGAY. — Atlas d'Embryologie, Lille, 1892.
- TARNIER et BUDIN. — Traité d'Obstétrique.
- VAYSSIERE. — Tumeurs kystiques du vagin. *Marseille Médical*, 15 juillet 1931.
- VILLAR. — Kyste dermoïde du vagin. *Bulletin de la Soc. d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 1895.
- VAUTRIN. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, août 1913.

VAUTRIN. — Pathogénie des Kystes spermatiques. *Revue de Chirurgie*, 1889.

ZELIGSON (Mlle). — Contribution à l'étude des Kystes du vagin. *Thèse méd.*, Paris, 1894-1895.

ZIEGENSPECK. — *Arch. f. Gynék.*, Berlin, 1891.

ZUCKERKÄNDL. — Ouvrage sur le développement du cul-de sac de Douglas. *Deutsch Zeitsch. f. Chirurg.*, 1891.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	13
CHAPITRE II. — Pathogénie	21
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.....	43
CHAPITRE IV. — Symptomatologie	47
CHAPITRE V. — Diagnostic	51
CHAPITRE VI. — Traitement	55
OBSERVATIONS.	57
CONCLUSIONS.	67
BIBLIOGRAPHIE.	69

